健康焦虑及其线上认知行为干预的研究进展

10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0622

张心怡[1]，许木子[1]，郑艳[1]，赵越[2]

基金项目：北京大学第一医院科研种子基金课题（2022SF62，2019SF54）

1. 100034 北京市，北京大学第一医院产科，北京大学第一医院护理部
2. 100034 北京市，北京大学第一医院儿科，北京大学第一医院护理部
*通信作者：赵越，主管护师；E-mail：zhaoyue729@163.com

【摘要】 随着信息传播手段的发展，健康焦虑显著增加，会给个人和社会带来不良后果和沉重负担。近年健康焦虑相关临床诊断的演变和范围界定存在不一致，但认知行为干预是公认的有效手段。本文总结了健康焦虑的临床诊断、筛查工具、相关因素和线上认知行为干预，指出健康焦虑的概念和测量工具有待统一，其干预临界点及适合初级或综合医疗机构开展的心理干预是目前的难点。线上形式的健康焦虑认知行为干预经济便捷且与线下同样有效，值得进一步开发。

【关键词】 健康焦虑；疑病症；疾病焦虑障碍；认知行为干预；认知行为疗法；综述

Developments in Health Anxiety and its Online Cognitive Behavior Interventions

ZHANG Xinyi[1]，XU Muzi[1]，SUN Jin[1]，ZHENG Yan[1]，ZHAO Yue[2]
1. Department of Obstetrics, Department of Nursing, Peking University First Hospital, Beijing 100034, China
2. Department of Pediatrics, Department of Nursing, Peking University First Hospital, Beijing 100034, China
** Corresponding author：Zhao Yue，Nurse-in-charge；E-mail：zhaoyue729@163.com*

【Abstract】 Health anxiety（HA） has increased significantly with the development of information dissemination, which may bring heavy burdens for individuals and society. However, inconsistent definition of HA and the revisions in clinical diagnoses bring difficulty to make comparison. Cognitive behavior therapy are effective interventions for individuals with HA. We reviewed the clinical diagnoses, measurements, factors and online cognitive behavior interventions of HA. It shows that the concept and measurement tools of HA need to be further standardized. Main difficulties exist in the threshold for intervention and psychological interventions suitable for primary or general practice. Online HA cognitive-behavioral interventions are economical, convenient and as effective as offline and deserve further studies.

【Key words】 Health anxiety；Hypochondriasis；Illness anxiety disorder；Cognitive behavior intervention；Cognitive behavior therapy；Review

随着医疗及信息传播手段的发展，人们能够获取的健康信息呈现出爆发式增加。这在满足人们健康自我监测需求的同时，也造成了健康焦虑（Health Anxiety，HA）的发生和加剧。HA 是指个体对当前或未来健康状况的过度担忧和恐惧[1]。据调查，HA 在初级保健和门诊患者中的发生率分别高达 10%和 20%，且在过去几年中成倍增加[2, 3]。持续存在的 HA 会对个体带来心理痛苦、躯体疾病、功能丧失甚至缩短生命，也会因为患者频繁使用医疗服务，对卫生保健系统造成较大负担[4]。研究显示，认知行为干预是有循证依据支持的跨诊断 HA 心理治疗方法[5-8]。本文主要介绍了 HA 的临床诊断、筛查工具、相关因素以及线上认知行为干预的最新理解和研究进展，以期为研究人员和临床工作者提供参考。

1 健康焦虑相关诊断

1.1 健康焦虑与疑病症

在过去一段时间，HA 与疑病症（Hypochondriasis）在概念术语上存在争议，然而，严重 HA 和疑病症常在研究中替换使用[9]。疑病症是患者相信或担心自己患有并非实际存在的严重疾病的情况，会导致高度焦虑和反复寻求医疗帮助，在《国际疾病分类》（International Classification of Diseases，ICD）和《精神疾病诊断和统计手册》（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders，DSM）诊断系统中被归类为躯体形式障碍[10, 11]。学界对于

二者关系存在不同的观点。一种观点将疑病症作为 HA 的严重极端形式，认为二者属于同一种疾病[12]。也有学者认为，除了程度不同，疑病症的核心特征包含疾病恐惧和疾病信念两个维度，而 HA 则可不包括疾病信念[13, 14]。在最近的观点中 HA 属于焦虑症，是与疑病症有重叠但不是确切同义词的病症，可以认为 HA 是一种疑病症的焦虑形式[9, 15]。

1.2 健康焦虑相关诊断的演变过程

2012 年 Rachman 等[1]首次提出健康焦虑障碍（Health Anxiety Disorders，HAD）这一概念，认为其应视作一种独立的焦虑障碍，但目前尚未建立明确的诊断标准。我国相关领域专家结合多年临床工作经验提出了 HAD 的建议诊断标准，可在未来供临床医师验证[16]。在国际通用诊断体系中，长久以来与之相关程度最大的诊断是疑病症。自 DSM-V 更新后，疑病症诊断被取消并以两个新诊断取代：躯体症状障碍（Somatic Symptom Disorder，SSD）和疾病焦虑障碍（Illness Anxiety Disorder，IAD）[17]。这两种疾病的共同特征是对健康过度关注，但在躯体症状方面有所不同。其中 SSD 患者因躯体症状感到显著痛苦或导致功能损害，而 IAD 但没有或仅有轻微躯体症状。DSM-V 推出后，IAD 被作为疑病症的新名称，是目前与 HA 概念最为接近的诊断[15]。然而值得注意的是，DSM-V 中 SSD 和 IAD 的诊断与 DSM-IV 中疑病症诊断之间的关系是复杂的。首先，疑病症与两条新诊断并非完全对等替代，比如 SSD 和 IAD 的标准均不要求患者的躯体症状在医学上无法解释，只要患者对其反应过度不相称就可以得到诊断。这是由于人们意识到许多对健康高度焦虑的人都患有躯体疾病，躯体疾病的发作或存在可能是 HA 的触发因素。其次，据估计大多数符合 DSM-IV 疑病症诊断标准的患者在 DSM-V 中会被诊断为 SSD 而不是 IAD，比例约为 3:1[14]，这则与 IAD 作为疑病症和 HA 的近似同义词的期望相矛盾。

现有研究通常将 DSM/ICD 中的疑病症或 IAD 作为 HA 的正式诊断，但也会纳入部分 SSD 患者以便与既往研究进行比较[5, 6]。由于相关诊断的模糊性和修改前后的复杂性，用以定义 HA 的临床诊断涵盖人群在跨越数年的研究间有较大差异，缺乏清晰一致的概念化和衡量可能会导致不同或相互矛盾的解释，研究者在进行探讨时需谨慎比较。

1.3 健康焦虑的辅助诊断方法

考虑到 HA 是涵盖不同严重程度的连续疾病谱以及扩大关注范围的益处，也有研究把低于临床诊断标准的疾病相关担忧作为“亚临床 HA”纳入其中[6]。在疑病症的五条诊断标准中，标准 B“尽管经过医学评估和保证，但对疾病的持续恐惧和关注仍持续存在”很少有人满足而导致排除了大量患者，因此还有一种删除了此条标准的“简化”疑病症[18]。有研究指出 ICD 和 DSM 只能捕捉到少部分存在心理问题的患者，建议联合使用心身研究诊断标准（Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research，DCPR）以提高对初级保健患者心理社会功能的预测[19]。DCPR 中对 HA 给出的描述为：对疾病的担心/对疼痛的关注/躯体感觉的先占观念持续时间不超过 6 个月（标准 A），经适当的医疗保证能够缓解但一段时间后会重新出现（标准 B），担忧和恐惧不是继发于情绪或焦虑障碍（标准 C）[20]。此外，有一些用于临床快速评估的访谈被开发出来。如 Fink 等[21]基于经验发现对疾病的反刍加上五个症状中的至少一个，可以快速有效筛查有严重健康焦虑的患者[22]。除以上医师进行的访谈评估外，较多研究使用经过验证的自评量表，个体测量结果高于某分数时则认为其具有 HA[6, 23]。

2 健康焦虑的筛查工具

目前，国外关于 HA 普遍使用的量表包括以下 4 个。**①怀特利指数（Whiteley Index，WI）**，由 Pilowsky 等[24]于 1967 年编制，共 14 个条目，包含疾病信念、躯体先占观念和疾病恐惧 3 个维度，是国际上第一个用来筛选疑病症的量表。此后又有诸多 WI 的变体被开发和测试，并显示出不稳定的因子结构。一项综述指出，Asmundson 等开发的双因子 6 条目的 WI-6 在英语使用者中显示出最佳的拟合效果，该量表也是当下使用最多的 WI 版本之一[25, 26]。尽管 WI 用于筛查 HA 的稳定性和与其他精神障碍的区分度受到批评，其各个版本仍然被继续广泛使用，特别是利于将近期与早期治疗研究的结果进行比较。**②疾病态度量表（Illness Attitude Scales，IAS）**，由 Kellner 等[28]在 Pilowsky 等人的研究基础上于 1987 年编制，共 29 个条目，包含担心疾病、关注疼痛、健康习惯、疑病信念、死亡恐惧、疾病恐惧、躯体先占观念、治疗经历、症状影响 9 个维度，旨在全面评估与疑病症相关并可能导致异常疾病行为的精神病理学。同样，IAS 的部分条目与疑病症无关，其中疑病信念和疾病恐惧两个分量表对疑病症更具特异性，完整量表也在后来的测试中展现出良好的效果[29]。**③健康焦虑量表（Health Anxiety Inventory，HAI）**，由 Salkovskis 等[27]于 1989 年基于 HA 的认知模型编制，包含疾病信念、对疾病的感知脆弱、对疾病的恐惧和担忧、对躯体感觉的专注、对躯体感觉的心理反应、躯体感觉后的行动、回避和寻求保证、对死亡的担忧、自我和他人对健康焦虑的态度几方面。最初的完整版本有主量表 47 条+负面结果分量表 17 条共 64 个条目，后原作者又在 2002 年发表了适于临床使用的简短版（SHAI），包含主量表 14 条和负面结果分量表 4 条共 18 个条目。此量表可以将没有夸大健康问题的躯体疾病患者与过度焦虑的人与区分开来，因此特别适用于医疗环境。**④健康焦虑问卷**

（**Health Anxiety Questionnaire，HAQ**），由 Lucock 等[30]于 1996 年基于 HA 的认知行为模型开发，共 21 个条目，包括担心和健康的关注、对疾病和死亡的恐惧、寻求保证的行为和症状对人生活的干扰程度 4 个维度，旨在反映 HA 的严重程度，并预测识别常规医疗检查和保证无效的持续 HA 个体。国内用于测量 HA 的工具主要是对国外量表进行汉化后使用，如怀特利指数中文版(Whiteley Index-Chinese Version，WI-CV)[31]，8 条目新版怀特利指数（The Eight-item Whiteley Index，WI-8）[32]，疾病态度量表中文版（Illness Attitudes Scale-Chinese Version，IAS-CV）[33]。

目前得到认可的 HA 的测量工具有多个，在研究中使用时仍存在一些问题。首先，以上测量工具也被用于测量与 HA 或疑病症高度重叠但并不相同的概念，如其他躯体形式障碍，这造成了人群的混杂[33]。其次是使用了不同的工具以及同一工具的界值定义的不一致。有研究确定了 HAI、IAS 和 WI 用于筛选出类似 DSM-IV 中疑病症患者的最佳截止值分别为 67、47 和 5[34]。但现存的研究中，实际在确定准入标准时使用了不同的标准。以上问题一定程度上阻碍了研究间的比较，有必要对 HA 的界定进一步统一。

3 健康焦虑的相关因素

3.1 合并疾病因素

与最初将 HA 等同于疑病症的概念不同，现在的观点认为，无论是否存在明确的躯体疾病和对不存在的疾病的疑病妄想，只要有与疾病程度不匹配的过度焦虑则可认定为存在 HA。其实，在患有某些慢性疾病的情况下，个体存在中高水平的 HA 非常普遍[35]。由于疾病的持续性和不可预测性，患者经常会对病情复发或恶化感到焦虑和担心，例如对癌症复发/进展的恐惧、对低血糖症的恐惧、心脏病发作焦虑等。另一方面，HA 与其他精神疾病有部分共同的人群易感特征和信念，且长期存在的 HA 会导向一般性或更加严重的精神疾病，心理问题的躯体反应又会反过来刺激疾病感知，故 HA 与其他精神疾病可存在高度重叠[16]。

3.2 个体心理因素

有研究者发现一些心理特性在 HA 的发生中起重要作用。已证实述情障碍与健康焦虑之间存在强正相关，功能失调性信念和元认知在其中起到中介作用，无法很好识别和表达负性情绪的个体更容易激发对躯体表现的不良认知，从而导致健康焦虑[36, 37]。无法容忍不确定性是健康焦虑和搜寻就医行为循环链条的重要因素，高水平不确定性个体更倾向把模糊信号解释为负面的，而健康焦虑患者对不确定性忍受程度更低[38]。此外，心理灵活性下降会阻碍 HA 升高者对刺激做出有效的行为反应，相反，更好的心理灵活性起到保护作用并可减弱 HA 对心理健康结局的进一步不利影响[39, 40]。

3.2 社会文化因素

在当代发达的互联网环境下，已经证实网络搜索与社交媒体的使用与健康焦虑存在高度相关关系。健康焦虑水平越高的人群在线搜索频率和时长越高，然而由于信息的矛盾性、片面性、滞后性等，搜索行为往往不能帮助他们澄清健康信息，反而使用户陷入更大的纠结或是放大对其不利的信息，从而陷入恶性循环，发生“网络疑病症”[38, 41]。有研究指出，一些当代医学广告不当的修辞叙事和话语建构，也参与制造了健康焦虑危机，并造成过度医疗等不良社会影响[42]。近期研究还指出了 HA 发展过程中的家庭风险因素和心理障碍的代际传递问题，患有严重 HA 的母亲会报告更多孩子的心身症状并更多次带孩子就医，但照顾者 HA 对儿童自我健康认知及其成年后的 HA 影响强度尚需进一步调查[43]。对特定职业人群的调查显示[44]，HA 在医务人员中很常见，可能原因是生物节律紊乱、高压力以及将自身症状和危险因素与教科书对应。

4 健康焦虑线上认知行为干预的研究现状

4.1 认知行为干预在健康焦虑中的应用

4.1.1 认知行为干预分类

广义的认知行为干预包括认知疗法、行为疗法、认知行为疗法、行为压力管理等在内的多种心理疗法。迄今为止，认知行为干预的发展经历了三个阶段，分别是：基于条件反射和新行为原则，直接关注问题行为和情绪的传统行为治疗；强调以认知改变为重心，进而消除不良情绪和行为的传统认知行为疗法（Cognitive-behavioral Therapy，CBT）；以及近 20 年开始兴起的语境主义导向的认知行为干预“第三浪潮”，其中典型的疗法包括正念疗法、接纳承诺疗法（Acceptance and Commitment Therapy，ACT）、辩证行为疗法（Dialectical Behavioral Therapy，DBT）、慈悲聚焦疗法（Compassion Focused Therapy，CFT）等。

4.1.2 认知行为干预对健康焦虑的临床疗效

认知行为干预的研究结果令人鼓舞，多项系统综述结果表明，认知行为干预是一种有效的 HA 干预方法，对 HA 继发的抑郁和焦虑也有一定缓解作用[5-8]。早在 2007 年 Cochrane 系统综述便显示了与常规治疗、等候名单、药

物治疗和其他心理治疗相比，认知行为干预有更好的即刻和长期效果[8]。2017 年 Cooper 等[6]纳入了疑病症和亚临床 HA 的研究显示出类似的结论，且是否正式诊断以及是否伴合并症均不影响效果。2019 年的系统评价首次涉及了互联网认知行为干预用于 HA 的临床疗效和成本效益，对有限研究的分析显示，互联网传递的认知行为干预具有很大的潜力来改善 HA 有效心理治疗的可及性[5]。

4.1.3 健康焦虑认知行为干预的卫生经济评价

一项系统评价[5]汇总了 6 项随机对照试验报告的 HA 认知行为干预的成本效果和成本效用。结果显示，与不治疗或其他治疗相比，面对面、视频指导或无治疗师指导的线上干预均具有成本效益，能够在相对较低或没有净成本的情况下大幅降低 HA。然而，治疗对健康相关生活质量的影响有限，可能是由于目前广泛用于评估生活质量和功能残疾的标准在焦虑症中受到的影响不大。6 项研究中有 4 项纳入标准为疑病症/SSD/IAD 诊断患者，2 项根据 SHAI 量表得分≥18 或 20 纳入。因此基于目前的卫生经济评价，支持对 HA 相关诊断患者开展认知行为干预，并扩大干预范围至未达临床诊断标准的人群，很可能对整个社会和医疗系统带来益处。不过以上 6 项研究部分来自同一团队，故需要在更多地区进行更多的卫生经济研究以得出确切结论。值得注意的是，远程和无指导的线上认知行为干预均能带来社会净储蓄，提示了线上干预的良好前景。

4.2 基于网络的健康焦虑认知行为干预

4.2.1 认知行为疗法

CBT 强调以认知改变为重心，进而消除不良情绪和行为。根据认知行为模型，HA 是通过对威胁健康信息的偏颇处理和不良反应而形成和维持的，具体包括注意力、记忆和解释偏差、对躯体感觉的不准确和先占观念、消极性偏倚、情绪失调和行为回避等[45]。2018 年 Newby 等[46]将 86 名被 DSM-5 诊断为 IAD 或 SSD 的患者随机分配到干预组（n=45）或对照组（n=41）。干预组结合了暴露行为疗法和针对 HA 的关键认知教育（如反刍性思维、身体过度紧张、对症状和疾病的不良信念）。通过网站提供为期 12 周共 6 个单元的漫画式网络 CBT（iCBT）课程，参与者通过阅读虚构的 HA 患者的插图故事，学习如何使用 CBT 技能来控制自己的症状。课程中还涉及关于身体感觉的正念练习，但仅占课程的一小部分。临床心理医生会在干预初期鼓励参与者按期完成进度，此后则仅在病人要求/心理痛苦量表得分增加/有自杀倾向时与病人联系。对照组进行心理教育。结果显示，干预后和 3 个月随访时两组的健康焦虑、抑郁、广泛性焦虑和功能障碍均较基线有显著改善，但干预组健康焦虑显著改善的患者比例更大。此研究提供了一种易于被 HA 患者接受的 iCBT 干预方法。

4.2.2 正念疗法

正念指对当下的身体感觉、感受和思想的觉察能力，正念疗法可帮助人们远离不健康的信念、思想或情绪，并对这些体验持好奇和接受的态度[47]。与传统 CBT 不同，正念疗法并非直接纠正病人不恰当的思想，而是通过改变个体与思想的关系，减少消极思考的频率从而打破高注意力和过度反刍等 HA 维持的模式[48]。以正念为主要成分的干预方法有正念减压疗法（Mindfulness-based Stress Reduction，MBSR）和正念认知疗法（Mindfulness-based Cognitive Therapy，MBCT）等。目前未发现单独使用线上正念干预解决 HA 的研究，仅少量研究对其在癌症患者复发恐惧中的效果进行了测试。癌症复发恐惧指癌症患者担心自己的疾病或症状可能恶化、进展或复发，并过度使用医疗服务或回避必要的检查，与 HA 的结构高度重叠[49]。2018 年 Compen 等[50]进行了一项多中心研究，将 245 名有心理困扰的各类癌症患者随机分配到线下 MBCT（n=77）、线上 MBCT（n=90）或常规治疗（n=78）。线上 MBCT 组患者通过网站访问冥想练习的介绍和音频文件。干预持续 8 周，其中包括一天的静默练习，期间患者须每天练习并填写日记。治疗师每周通过邮件进行反馈。用癌症复发恐惧量表（Fear of Cancer Recurrence Inventory，FCRI）[51]进行评价，结果显示线上和线下 MBCT 在降低癌症复发恐惧方面同样有效。2018 年 Lengacher 等[52]对 13 例乳腺癌幸存者实施了基于移动程序的乳腺癌正念减压计划，课程为期 6 周，每周 2 小时。参与者在收到用户手册和操作指南后通过 iPad 中的 iBooks 访问该程序，学习内容包括正式冥想技巧（如，坐禅、行禅、身体扫描、瑜伽）的视频文件和非正式冥想技巧（如，将正念融入日常生活活动）的音频文件。除课程本身，参与者需每天练习 15~45 分钟，并在 iPad 上记录练习时间。参与者也可以通过实体手册辅助学习以上技巧，项目全程无治疗师双向互动。结果 87%的参与者完成了计划且干预前后复发担忧量表（The Concerns About Recurrence Scale，CARS）得分显著降低。综上，线上正念疗法对癌症患者的疾病焦虑有较好疗效，但在其他人群中尚缺乏证据，需要进一步开展相关研究。

4.2.3 接纳承诺疗法

ACT 是在正念基础上发展出来的第三代行为疗法之一，通过心理僵化来解释心理困扰。ACT 旨在提高心理灵活性，限制使用不良的应对策略，接纳消极和积极的事件，并采取与价值观一致的有效行动来减轻痛苦思维和症状[53]。2021 年 Hoffmann 等[22]招募了 101 名严重 HA 患者，按 1:1 的比例随机分配至线上 ACT（iACT）组和对照组。iACT 通过专门开发的网络应用程序实施。项目持续 12 周，共 7 个模块，每个模块有 10~15 页的文本和图片，

至少 1 个时长在 4~20 分钟之间的视频和音频。音频内容为练习指导语，如正念训练；视频涉及既往患者治疗过程中的经验分享。所有模块结构均为前次回顾、主体内容、本次总结、澄清问题和作业练习。一周 2 次的作业练习主要是基于正念的音频练习和基于价值观暴露的行为练习。项目整体为自助式，同时有心理学专家和学生提供互动答疑。对照组在同期提供持续开放的 HA 话题论坛。结果显示，与对照组相比，干预组 1 个月至 10 个月期间 6 次随访的 WI-7 分数均显著降低，表明由专业医生督导的线上自助 ACT 干预对 HA 具有长期积极影响。

4.2.4 认知行为疗法结合正念干预

Hedman 团队在过去十余年间开展了多个基于暴露疗法的 iCBT 对 HA 的疗效的研究[54-57]。几个研究 iCBT 干预方案相同，其治疗模式强调回避和安全行为作为健康焦虑的维持因素的作用。干预内容包括 HA 过程的认知教育、暴露和反应预防的行为试验和觉察身体感觉的正念练习。方案类似于引导式在线阅读疗法，共 12 个模块，每个模块包含 5-15 页的自学文本和家庭作业。干预时间为 12 周，鼓励患者每周完成一个模块。过程中治疗师通过邮件对课程进度和家庭作业进行督促，并提供答疑。最初在疑病症患者中应用的结果显示，其对健康焦虑的改善明显优于线上论坛和行为压力管理对照组[55, 56]。DSM-V 实行后，其研究小组继续将相同干预方案在 SSD 和 IAD 患者中进行了测试。其中 2016 年的 RCT 将 132 名参与者平均随机分配到治疗师指导的 iCBT、无指导的 iCBT、无指导的阅读疗法和等待名单对照[54]。所有干预组治疗方案相同，区别在于有无治疗师指导以及治疗是通过互联网还是纸质自助书籍提供。结果显示，治疗组健康焦虑均显著改善且效果可维持至 6 个月随访，三种治疗方式效果组间无明显差异。说明自助式 iCBT 和阅读疗法可作为治疗师指导的 iCBT 的简单有效替代方案。其 2020 年发表在 JAMA 的研究纳入了 204 名符合 IAD 或 SSD 的成年患者，1:1 随机分配至治疗师通过互联网或面对面提供的认知行为治疗[57]。结果显示，两组治疗效果和不良事件无差异，而治疗师每周仅需 10 分钟在线治疗一位患者，远低于面对面的 45.6 分钟。此结果提示，互联网提供的认知行为治疗并不逊于面对面的治疗并且成本很低，在线治疗形式有望成为 HA 的一线干预。

综上，HA 的线上认知行为干预研究尚处于起步阶段，某些在线下显示有效的干预技术尚未在线上进行验证。多数研究针对的人群为达到正式临床诊断的患者，缺乏对亚临床 HA 干预价值的评价。从已有研究来看，近期 HA 的线上认知行为干预不仅内容与传统不同，而且传递媒介也不同，越来越多地通过移动应用程序而不是网站提供，涵盖了图文和音视频多种形式，增加了便捷性和丰富性。

5 小结与展望

综上所述，HA 与现存相关精神领域诊断有较大重叠但不完全一致，多数 HA 升高者未达到临床疾病诊断标准。对于研究人员，如要将该主题下积累的报道汇总比较或在文献基础上开发和探讨干预，需考虑到 HA 在不同时期和研究中人群实质的不同。鉴于 HA 患者更有可能因为明确的躯体疾病或心理问题产生的躯体症状就医相应科室，而非直接就诊精神科，因此对于在综合医院或初级保健中工作的临床人员，重要的是识别 HA 的存在并在诊疗过程中有技巧地处理，避免无效重复的咨询和过度的检查[58]，必要时可选用简单易用的量表辅助筛查。在干预方面，虽然 HA 概念划分尚未明确，但认知行为干预显示出对各类可能合并 HA 的患者均有积极作用。在过去的几十年中，越来越多远程提供的心理技术被应用于心理健康和医疗保健领域，尤其适合当下疫情的背景。其极低的资源要求和成本允许将干预范围扩大到未达到临床诊断标准的焦虑者，也适合伴随躯体疾病有轻度心理困扰，但不愿面对面谈论的人群作情绪疏导使用。但干预方面仍有许多难点有待进一步调查和解决，如：对于焦虑程度如何算作“过度”缺乏可量化的一致意见，那么干预的临界点在哪里？有哪些适合初级保健或综合医院工作的医护人员开展的简单心理干预？以及有哪些策略对不认为自己存在 HA 且对心理干预不感兴趣的人有帮助。国内的 HA 研究相较国外起步略晚，但近十年来，我国学者也已经展开了一些讨论和调查，丰富了本土数据，相对欠缺的是大规模流行率调查与 HA 的干预性研究。未来需要更多的学者和临床工作者加入其中，探索适合我国国情的 HA 解决方案。

文献检索策略

计算机检索 PubMed、Web of Science、中国知网（CNKI）、万方数据知识服务平台的相关文献，检索时间为建库至 2022 年 7 月，中文检索词包括“健康焦虑、疑病症、疾病焦虑障碍”，英文检索词包括“health anxiety、hypochondriasis、illness anxiety disorder”。纳入标准：涉及健康焦虑的评估诊断、筛查、相关因素及非药物治疗的临床研究、述评、综述、meta 分析、个案报道。排除标准：非中英文文献、其他文献类型如会议摘要、评论、回信等、重复发表、无法获得全文以及质量差的文献。主要纳入近 10 年的文献，对与本文主题密切相关的经典文献，发表时间适当予以放宽，必要时检阅纳入文献的参考文献补充纳入。

作者贡献 张心怡、许木子负责文献查阅与撰写论文初稿；赵越负责论文修订；郑艳负责监督与审校；所有作者确

认了论文终稿。

利益冲突声明 文章所有作者共同认可文章无相关利益冲突。

参考文献

[1]Rachman S. Health anxiety disorders: a cognitive construal [J]. Behav Res Ther, 2012, 50(7-8): 502-512. DOI:10.1016/j.brat.2012.05.001.

[2]Tyrer P, Eilenberg T, Fink P, et al. Health anxiety: the silent, disabling epidemic [J]. Bmj, 2016, 353: i2250. DOI:10.1136/bmj.i2250.

[3]Tyrer P, Cooper S, Crawford M, et al. Prevalence of health anxiety problems in medical clinics [J]. J Psychosom Res, 2011, 71(6): 392-394. DOI:10.1016/j.jpsychores.2011.07.004.

[4]Sunderland M, Newby J M, Andrews G. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use [J]. Br J Psychiatry, 2013, 202(1): 56-61. DOI:10.1192/bjp.bp.111.103960.

[5]Axelsson E, Hedman-Lagerlöf E. Cognitive behavior therapy for health anxiety: systematic review and meta-analysis of clinical efficacy and health economic outcomes [J]. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res, 2019, 19(6): 663-676. DOI:10.1080/14737167.2019.1703182.

[6]Cooper K, Gregory J D, Walker I, et al. Cognitive Behaviour Therapy for Health Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis [J]. Behav Cogn Psychother, 2017, 45(2): 110-123. DOI:10.1017/s1352465816000527.

[7]Olatunji B O, Kauffman B Y, Meltzer S, et al. Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: a meta-analysis of treatment outcome and moderators [J]. Behav Res Ther, 2014, 58: 65-74.DOI:10.1016/j.brat.2014.05.002.

[8]Thomson A B, Page L A. Psychotherapies for hypochondriasis [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2007, 2007(4): Cd006520. DOI:10.1002/14651858.CD006520.pub2.

[9]Tyrer P. Recent Advances in the Understanding and Treatment of Health Anxiety [J]. Curr Psychiatry Rep, 2018, 20(7): 49. DOI:10.1007/s11920-018-0912-0.

[10]WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research (DCR-10) [EB/OL]. (2012-06-16) [2022-06-06]. http://apps.who.int/iris/handle/10665/37958.

[11]APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. [M]. AmericanPsychiatricAssociation，1994.

[12]Ferguson E. A taxometric analysis of health anxiety [J]. Psychol Med, 2009, 39(2): 277-285. DOI:10.1017/s0033291708003322.

[13]Fergus T A, Valentiner D P. Disease phobia and disease conviction are separate dimensions underlying hypochondriasis [J]. J Behav Ther Exp Psychiatry, 2010, 41(4): 438-444. DOI:10.1016/j.jbtep.2010.05.002.

[14]Starcevic V. Hypochondriasis and health anxiety: conceptual challenges [J]. Br J Psychiatry, 2013, 202(1): 7-8. DOI:10.1192/bjp.bp.112.115402.

[15]Tyrer P, Tyrer H. Health anxiety: Detection and treatment [J]. BJPsych Advances, 2018, 24(1): 66-72. DOI: 10.1192/bja.2017.5.

[16]袁勇贵, 张钰群. 健康焦虑障碍是否是一种新型焦虑障碍 [J]. 中华脑科疾病与康复杂志(电子版), 2015, 5(02): 1-4.DOI:10.3877/cma.j.issn.2095-123X.2015.02.001

YUAN Y G, ZHANG Y Q. Is health anxiety disorder a new kind of anxiety disorder [J]. Chin J Brain Dis Rehabil (Electronic Edition), 2015, 5(02): 1-4. DOI:10.3877/cma.j.issn.2095-123X.2015.02.001.

[17] APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders,5th ed. [M]. AmericanPsychiatricAssociation, 2013.

[18]Gureje O, Ustün T B, Simon G E. The syndrome of hypochondriasis: a cross-national study in primary care [J]. Psychol Med, 1997, 27(5): 1001-1010. DOI:10.1017/s0033291797005345.

[19]Guidi J, Piolanti A, Berrocal C, et al. Incremental Validity Of The Diagnostic Criteria For Psychosomatic Research - Revised (DCPR-R) To Clinical Assessment In Primary Care [J]. Psychiatry Res, 2020, 291: 113233. DOI:10.1016/j.psychres.2020.113233.

[20]Fava G A, Freyberger H J, Bech P, et al. Diagnostic criteria for use in psychosomatic research [J]. Psychother Psychosom, 1995, 63(1): 1-8. DOI:10.1159/000288931.

[21]Fink P, Ørnbøl E, Toft T, et al. A new, empirically established hypochondriasis diagnosis [J]. Am J Psychiatry, 2004, 161(9): 1680-1691. DOI:10.1176/appi.ajp.161.9.1680.

[22]Hoffmann D, Rask C U, Hedman-Lagerlöf E, et al. Efficacy of internet-delivered acceptance and commitment therapy

for severe health anxiety: results from a randomized, controlled trial [J]. Psychol Med, 2021, 51(15): 2685-2695. DOI:10.1017/s0033291720001312.

[23]Florian W, Samantha R, Julia N. Epidemiology of Hypochondriasis and Health Anxiety: Comparison of Different Diagnostic Criteria [J]. Current Psychiatry Reviews, 2014, 10(1): 14-23. DOI: 10.2174/1573400509666131119004444.

[24]Pilowsky I. Dimensions of hypochondriasis [J]. Br J Psychiatry, 1967, 113(494): 89-93. DOI:10.1192/bjp.113.494.89.

[25]Welch P G, Carleton R N, Asmundson G J. Measuring health anxiety: moving past the dichotomous response option of the original Whiteley Index [J]. J Anxiety Disord, 2009, 23(7): 1002-1007. DOI:10.1016/j.janxdis.2009.05.006.

[26]Asmundson G, G G, Carleton R N, et al. Comparison of Unitary and Multidimensional Models of the Whiteley Index in a Nonclinical Sample: Implications for Understanding and Assessing Health Anxiety [J]. Journal of Cognitive Psychotherapy, 2008, 22: 87-96. DOI: 10.1891/0889-8391.22.2.87.

[27]Salkovskis P M, Rimes K A, Warwick H M, et al. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis [J]. Psychol Med, 2002, 32(5): 843-853. DOI:10.1017/s0033291702005822.

[28]Kellner R, Abbott P, Winslow W W, et al. Fears, beliefs, and attitudes in DSM-III hypochondriasis [J]. J Nerv Ment Dis, 1987, 175(1): 20-25. DOI:10.1097/00005053-198701000-00004.

[29]Sirri L, Grandi S, Fava G A. The Illness Attitude Scales [J]. Psychotherapy and Psychosomatics, 2008, 77(6): 337-350. DOI: 10.1159/000151387.

[30]Lucock M P, Morley S. The health anxiety questionnaire [J]. British journal of health psychology, 1996, 1(2): 137-150. DOI: 10.1111/j.2044-8287.1996.tb00498.x.

[31]苏雪，李占江，龙鲸，等. 怀特利指数中文版的信度效度分析 [J]. 首都医科大学学报，2019, 40(05): 671-676. DOI:10.3969/j.issn.1006-7795.2019.05.002.

SU X, LI Z J, LONG J, et al. Reliability and validity of the whiteley index-Chinese version [J]. Journal of Capital Medical University, 2019, 40(05): 671-676. DOI:10.3969/j.issn.1006-7795.2019.05.002.

[32]Chen Y, Fink P, Wei J, et al. Psychometric Evaluation of the Whiteley Index-8 in Chinese Outpatients in General Hospitals [J]. Front Psychol, 2021, 12: 557662. DOI:10.3389/fpsyg.2021.557662.

[33]苏雪，李占江，马云，等. 疾病态度量表中文版的效度和信度 [J]. 中国心理卫生杂志，2017, 31(08): 619-624.DOI:10.3969/j.issn.1000-6729.2017.08.007.

SU X, LI Z J, MA Y, et al. Reliability and validity of the Chinese version of Illness Attitudes Scale [J]. Chin Ment Health, 2017, 31(8): 619-624. .DOI:10.3969/j.issn.1000-6729.2017.08.007.

[34]Hedman E, Lekander M, Ljótsson B, et al. Optimal cut-off points on the health anxiety inventory, illness attitude scales and whiteley index to identify severe health anxiety [J]. PLoS One, 2015, 10(4): e0123412. DOI:10.1371/journal.pone.0123412.

[35]Lebel S, Mutsaers B, Tomei C, et al. Health anxiety and illness-related fears across diverse chronic illnesses: A systematic review on conceptualization, measurement, prevalence, course, and correlates [J]. PLoS One, 2020, 15(7): e0234124. DOI:10.1371/journal.pone.0234124.

[36]余来洪, 张钰群, 毛圣芹, 等. 高述情障碍女学生的健康焦虑与人格特征研究 [J]. 中国妇幼健康研究, 2016, 27(2): 198-199,209.DOI:10.3969/j.issn.1673-5293.2016.02.017.

YU L H, ZHANG Y Q, MAO S Q, et al. Health anxiety and personality of female students with high level alexithymia [J]. Chinese Journal of Woman and Child Health Research, 2016, 27(2): 198-199,209. DOI:10.3969/j.issn.1673-5293.2016.02.017.

[37]戴利莎, 周怡, 胡靖, 等. 述情障碍对健康焦虑的影响:认知与元认知的中介作用 [J]. 中南大学学报（医学版）, 2018, 43(9): 1026-1031. DOI:10.11817/j.issn.1672-7347.2018.09.015.

DAI L S, ZHOU Y, HU J, et al. Effect of alexithymia on health anxiety: Mediating role of cognition and meta-cognition [J]. J Cent South Univ(Med Sci), 2018, 43(9): 1026-1031. DOI:10.11817/j.issn.1672-7347.2018.09.015.

[38]罗爱静, 陈阳, 谢文照, 等. 健康焦虑人群的网络健康信息搜索行为影响因素研究 [J]. 情报资料工作, 2022, 43(2): 66-75.DOI:10.12154/j.qbzlgz.2022.02.008.

LUO A J, CHEN Y, XIE W Z, et al. A Study on the Influencing Factors of Online Health Information Search Behavior of Health Anxiety Population [J]. Information and Documentation Services, 2022, 43(2): 66-75. DOI:10.12154/j.qbzlgz.2022.02.008.

[39]Eilenberg T, Hoffmann D, Jensen J S, et al. Intervening variables in group-based acceptance & commitment therapy for severe health anxiety [J]. Behav Res Ther, 2017, 92: 24-31. DOI:10.1016/j.brat.2017.01.009.
[40]Landi G, Pakenham K I, Boccolini G, et al. Health Anxiety and Mental Health Outcome During COVID-19 Lockdown in Italy: The Mediating and Moderating Roles of Psychological Flexibility [J]. Front Psychol, 2020, 11: 2195. DOI:10.3389/fpsyg.2020.02195.
[41]McMullan R D, Berle D, Arnáez S, et al. The relationships between health anxiety, online health information seeking, and cyberchondria: Systematic review and meta-analysis [J]. J Affect Disord, 2019, 245: 270-278. DOI:10.1016/j.jad.2018.11.037.
[42]董丽云, 邓玮. 健康焦虑的社会话语建构——基于医学广告的文本情感极性分析 [J]. 安徽师范大学学报（人文社会科学版）, 2017, 45(4): 464-473.DOI:10.14182/j.cnki.j.anu.2017.04.010.
DONG L Y, DENG W. Social Discursive Construction of Health Anxiety: a study Based on Textual Analysis of Sentiment Polarity [J]. Journal of Anhui Normal University(Hum.&Soc.Sci.), 2017, 45(4): 464-473. DOI:10.14182/j.cnki.j.anu.2017.04.010.
[43]Thorgaard M V, Frostholm L, Walker L S, et al. Effects of maternal health anxiety on children's health complaints, emotional symptoms, and quality of life [J]. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2017, 26(5): 591-601. DOI:10.1007/s00787-016-0927-1.
[44]Chen Q, Zhang Y, Zhuang D, et al. Health anxiety in medical employees: A multicentre study [J]. J Int Med Res, 2019, 47(10): 4854-4861. DOI:10.1177/0300060519872310.
[45]Leonidou C, Panayiotou G. How do illness-anxious individuals process health-threatening information? A systematic review of evidence for the cognitive-behavioral model [J]. J Psychosom Res, 2018, 111: 100-115. DOI:10.1016/j.jpsychores.2018.06.001.
[46]Newby J M, Smith J, Uppal S, et al. Internet-based cognitive behavioral therapy versus psychoeducation control for illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: A randomized controlled trial [J]. J Consult Clin Psychol, 2018, 86(1): 89-98. DOI:10.1037/ccp0000248.
[47]Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future [J]. Clinical Psychology Science & Practice, 2010, 10(2): 144-156. DOI: 10.1093/clipsy.bpg016.
[48]McManus F, Surawy C, Muse K, et al. A randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy versus unrestricted services for health anxiety (hypochondriasis) [J]. J Consult Clin Psychol, 2012, 80(5): 817-828. DOI:10.1037/a0028782.
[49]Maheu C, Singh M, Tock W L, et al. Fear of Cancer Recurrence, Health Anxiety, Worry, and Uncertainty: A Scoping Review About Their Conceptualization and Measurement Within Breast Cancer Survivorship Research [J]. Front Psychol, 2021, 12: 644932. DOI:10.3389/fpsyg.2021.644932.
[50]Compen F, Bisseling E, Schellekens M, et al. Face-to-Face and Internet-Based Mindfulness-Based Cognitive Therapy Compared With Treatment as Usual in Reducing Psychological Distress in Patients With Cancer: A Multicenter Randomized Controlled Trial [J]. J Clin Oncol, 2018, 36(23): 2413-2421. DOI:10.1200/jco.2017.76.5669.
[51]Simard S, Savard J. Fear of Cancer Recurrence Inventory: development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence [J]. Support Care Cancer, 2009, 17(3): 241-251. DOI:10.1007/s00520-008-0444-y.
[52]Lengacher C A, Reich R R, Ramesar S, et al. Feasibility of the mobile mindfulness-based stress reduction for breast cancer (mMBSR(BC)) program for symptom improvement among breast cancer survivors [J]. Psychooncology, 2018, 27(2): 524-531. DOI:10.1002/pon.4491.
[53]Hayes S C, Luoma J B, Bond F W, et al. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes [J]. Behav Res Ther, 2006, 44(1): 1-25. DOI:10.1016/j.brat.2005.06.006.
[54]Hedman E, Axelsson E, Andersson E, et al. Exposure-based cognitive-behavioural therapy via the internet and as bibliotherapy for somatic symptom disorder and illness anxiety disorder: randomised controlled trial [J]. Br J Psychiatry, 2016, 209(5): 407-413. DOI:10.1192/bjp.bp.116.181396.
[55]Hedman E, Axelsson E, Görling A, et al. Internet-delivered exposure-based cognitive-behavioural therapy and behavioural stress management for severe health anxiety: randomised controlled trial [J]. Br J Psychiatry, 2014, 205(4): 307-314. DOI:10.1192/bjp.bp.113.140913.
[56]Hedman E, Andersson G, Andersson E, et al. Internet-based cognitive-behavioural therapy for severe health anxiety:

randomised controlled trial [J]. Br J Psychiatry, 2011, 198(3): 230-236. DOI:10.1192/bjp.bp.110.086843.
[57]Axelsson E, Andersson E, Ljótsson B, et al. Effect of Internet vs Face-to-Face Cognitive Behavior Therapy for Health Anxiety: A Randomized Noninferiority Clinical Trial [J]. JAMA Psychiatry, 2020, 77(9): 915-924. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2020.0940.
[58]Hedman-Lagerlöf E, Tyrer P, Hague J, et al. Health anxiety [J]. Bmj, 2019, 364: l774. DOI:10.1136/bmj.l774.